FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 154.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 28 *juillet* 1843,

Par Louis MOUSTARDIER,

de Nîmes (Gard),

Chirurgien élève à l'Hôpital militaire du Val-de-Grâce, Élève de l'École pratique.

I. — Faire l'histoire de l'anasarque symptomatique, d'un modification dans le tissu de la peau, d'un obstacle à la perspiration cutanée.

II. — Quel est le traitement à opposer aux différentes espèces de panaris?

III. — Des faits qui prouvent que l'afflux des sucs salivaires, lors de la mastication, n'est pas dû à la compression des glandes salivaires par les mouvements de la mâchoire.

IV. — Donner les caractères botaniques de l'ordre des spermacocées dans la famille des rubiacées; faire l'histoire des plantes de cette famille, dont les racines sont employées comme émétique.

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis*.

1843

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, doyen.	MM.
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	Pierre BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD, Président.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY aîné.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. PIORRY, Examinateur.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	BLANDIN.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. CHOMEL. BOUILLAUD. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	ROUX. J. CLOQUET. VELPEAU. Auguste BÉRARD.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM. BARTH.
BAUDRIMONT.
CAZENAVE.
CHASSAIGNAC.
DENONVILLIERS.
J. V. GERDY.
GOURAUD.
HUGUIER, Examinateur.
LARREY.
LEGROUX.

MM. LENOIR.
MAISSIAT.
MALGAIGNE.
MARTINS.
MIALHE, Examinateur.
MONNERET.
NÉLATON.
NONAT.
SESTIER.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON EXCELLENT PÈRE.

A MON EXCELLENTE MÈRE.

L. MOUSTARDIER.

QUESTIONS

SUR

DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

I.

Faire l'histoire de l'anasarque symptomatique d'une modification dans le tissu de la peau, d'un obstacle à la perspiration cutanée.

L'anasarque (ἀνα, entre, et σαρξ, chair, υδωρ étant sous-entendu) est une intumescence générale de toute la surface extérieure du tronc et des membres, due à une infiltration de sérosité dans le tissu sous-tégumentaire. Nous n'entrerons pas dans de longs détails sur les divisions dont cette maladie a été l'objet, ce serait nous écarter de notre sujet; qu'il nous suffise de dire que, dans une thèse soutenue en 1812, par M. Gilbert Breschet, la division de l'anasarque en active et en passive fut nettement établie et généralement adoptée. Cependant quelques auteurs, et parmi eux ceux du *Compendium de médecine pratique*, ayant essayé d'approfondir l'histoire de l'anasarque, de rechercher avec soin sa nature et ses causes, se virent conduits, pour obéir aux exigences de la science et de l'observation, à diviser de la manière suivante l'affection qui nous occupe : On distingue, d'après eux, deux espèces d'anasarque : l'anasarque idiopathique, et l'anasarque symptomatique. Cette dernière a été subdivisée suivant la lésion dont elle est la conséquence. De là l'anasarque symptomatique

d'une altération particulière dans la substance des reins, d'un obstacle à la circulation veineuse, d'une interruption complète ou absolue dans la distribution de l'influx nerveux, d'une altération du sang, d'une modification dans le tissu de la peau. C'est cette dernière espèce d'anasarque qui fait le sujet de la question qui nous est échue en partage; seulement la question porte que cette anasarque, symptomatique d'une modification dans le tissu de la peau, doit l'être en même temps d'un obstacle à la perspiration cutanée.

Historique.— L'anasarque, du point de vue sous lequel nous nous proposons de l'étudier, n'occupe presque pas de place dans les écrits des anciens; c'est à peine si l'on en fait mention, vu le peu d'importance qu'on paraissait accorder à cette maladie. Cullen (*Élém. de méd. prat.*, 1787, t. 2, p. 557) admet une anasarque exanthématique, qui succède particulièrement à l'érysipèle, à la répercussion de la gale, de la rougeole, de la petite vérole et d'autres maladies de la peau; mais c'est à peine s'il daigne s'arrêter sur ce sujet; c'est à peine s'il fait mention de l'anasarque suite de scarlatine. J'en dirai autant de Bateman, de Hamilton et de Willan, le célèbre dermatologiste. Vieussens est un des premiers qui, dans un mémoire spécial sur l'anasarque suite de la scarlatine (*Journal gén. de méd.*, t. 6, p. 378-401), se soit un peu occupé de cette question, et ait essayé de démontrer que le froid joue le premier rôle dans la production de cette maladie. Ce n'est guère que dans ces derniers temps, depuis les travaux remarquables de Richard Bright (*Reports of med. cases*) sur la maladie qui porte son nom, de Gregory, de Blackhall, du docteur Copland, du professeur Christison, que cette maladie a acquis aux yeux des médecins le degré d'importance qu'elle mérite.

Étiologie. — Les maladies de la peau qui, par suite d'un obstacle à la perspiration cutanée, donnent le plus souvent lieu à l'anasarque, sont : la scarlatine, la rougeole, la variole, l'urticaire, la miliaire. C'est ordinairement pendant la convalescence de ces maladies qu'elle

survient. Vieussens (loc. cit.) est un des premiers, nous l'avons déjà dit, qui ait regardé l'action du froid comme cause de l'anasarque dont nous traitons. Les auteurs sont, en général, d'accord sur ce point; mais ils diffèrent d'opinion sur la modification organique qui la produit consécutivement. M. le professeur Andral (*Clinique médicale*, t. 3, p. 143), après avoir cité l'observation d'une femme atteinte d'anasarque suite de la scarlatine, dit qu'il ne pense pas que l'hydropisie soit le résultat de l'irritation de la peau communiquée au tissu cellulaire sous-jacent. En effet, c'est quelque temps après la disparition de l'exanthème, lorsque l'épiderme est en desquamation, que commencent à paraître les premières traces d'hydropisie; celle-ci se manifeste indifféremment, et dans les points où la peau est un peu rouge, et dans ceux où elle a à peine perdu sa couleur naturelle. Son opinion est que, pendant la scarlatine, et, après elle, pendant la période de desquamation, l'exhalation qui se fait ordinairement à la surface de la peau n'est pas suspendue, et alors la sérosité, ne s'échappant plus à travers la peau sous forme de transpiration insensible, est déposée, plus ou moins modifiée dans sa nature, dans les aréoles exhalantes du tissu cellulaire. Ce serait, comme dans mille autres cas, une sécrétion qui en suppléerait une autre. De là l'indication, vers la période de convalescence, d'exciter vers les intestins un flux modéré, comme le pratiquaient les anciens. Les auteurs du *Compendium de médecine pratique* (art. ANASARQUE) ne partagent pas les idées de M. Andral; ils sont persuadés que la modification du tissu cutané coopère comme élément à la production de l'accident: « Car, disent-ils, qu'un érysipèle survienne à la face, il s'établit, lors de la desquamation, au voisinage de la région naguère enflammée, un œdème plus ou moins considérable; ici, l'altération de la peau coïncide évidemment avec la production de l'œdème; pourquoi en serait-il différemment de l'anasarque suite de rougeole ou de scarlatine? C'est presque toujours au moment où la phlegmasie a cédé, lorsque l'épiderme se détache sous forme de squames, que l'on voit survenir ces phénomènes consécutifs. Bursérius dit avoir observé,

pendant l'anasarque, des phlegmasies des plèvres, du poumon, des muscles intercostaux, du diaphragme, des reins, des intestins. D'après lui, et d'après les auteurs du *Compendium* (loc. cit.), l'anasarque serait due à des états morbides complexes des divers organes de l'économie.

J'arrive à une opinion importante, celle qui a été soutenue en Angleterre par Richard Bright (*Reports of med. cases*), le professeur Christison, M. Gregory, et, en France, par M. Rayer (*Traité des maladies de la peau*, t. 1, p. 209). M. Rayer regarde l'anasarque suite de scarlatine comme une seconde période de la maladie, et, en cela, il est d'accord avec Plencis, Storck, de Haën et Withering; il trouve entre l'affection dite maladie de Bright et les accidents qui caractérisent l'anasarque suite de scarlatine une telle analogie, qu'il ne balance pas à dire que, probablement, les autopsies démontreront qu'elles sont de même nature. En effet, comme la maladie de Bright, l'anasarque suite d'une maladie éruptive est presque toujours produite par l'impression du froid et de l'humidité. Au début de ces deux maladies, on observe souvent une altération particulière des urines, qui sont brunes, albumineuses, et chargées de cruor; et, dans les deux, l'acide nitrique démontre la présence de l'albumine; ce dernier fait a surtout été constaté par Blackhall (*Obs. on the nature and cure of dropsies*; London, 1818), et récemment par M. Peschier (*Journal de chimie*, t. 7, p. 410). Uberlache, Gregory et Christison (*Archives générales de médecine*, t. 24, p. 370), attribuent d'une manière plus explicite l'anasarque à une affection des reins.

MM. Rilliet et Barthez (*Traité clinique des maladies des enfants*, t. 2, p. 510) s'expriment ainsi à ce sujet :

« Plus de la moitié de nos hydropiques, et parmi eux, plus des deux tiers de ceux qui avaient une anasarque, nous ont présenté, soit pendant la vie, soit après la mort, une lésion caractéristique des reins; or la néphrite albumineuse détermine d'ailleurs si fréquemment des hydropisies, qu'il est impossible de lui refuser une

influence considérable sur le développement de celle qui succède à la scarlatine. Pour que l'on comprenne bien la double influence exercée sur la production des hydropisies par l'action du froid, nous rappelons les considérations suivantes, déjà connues : la néphrite albumineuse peut exister à la suite de la scarlatine sans produire l'hydropisie ; ce cas est rare : il est plus fréquent de voir la néphrite s'accompagner de cette complication ; l'hydropisie peut exister sans albuminurie et sans néphrite albumineuse. Pour M. Rayer, cette proposition reste encore indécise ; nous possédons une observation avec autopsie, dans laquelle le doute nous semble impossible ». — Pour nous, s'il nous est permis de donner notre façon de penser sur ce point important de la question, nous dirons que, dans le plus grand nombre des cas d'anasarque suite de maladie éruptive, la présence de l'albumine dans les urines est un fait incontestable ; d'un autre côté, un fait également incontestable, c'est que le plus souvent, à l'ouverture des cadavres, on a trouvé une notable congestion sanguine avec turgescence de la substance corticale du rein (ce qui est le premier degré de la néphrite albumineuse de M. Rayer), et plus rarement, un degré plus avancé. Ces circonstances nous portent à penser que l'impression directe du froid supprime la transpiration, trouble la circulation cutanée, puis détermine une sorte de refoulement du sang, dont les reins doivent surtout ressentir les effets ; par conséquent, nous admettons volontiers avec M. Rayer et les auteurs anglais cités plus haut que, dans le plus grand nombre des cas, l'anasarque est due à la néphrite albumineuse. Cependant, nous ne disconvenons pas que cette anasarque, comme le pensent les auteurs du *Compendium*, ne puisse reconnaître pour cause la modification d'organes autres que le rein ; mais l'expérience n'a pas encore assez parlé sur ce point, pour qu'on puisse établir quelque chose de positif à ce sujet.

Tout ce que nous venons de dire sur l'étiologie de l'anasarque suite de scarlatine s'applique aussi à celle qui complique la rougeole.

Quant à l'anasarque que l'on a quelquefois observée à la fin de la variole, la science est si peu riche en fait sur ce point, qu'on ne peut pas fonder une opinion certaine sur sa cause immédiate; on peut tout au plus présumer que des travaux ultérieurs démontreront qu'elle reconnaît pour cause les mêmes altérations que celle qui se montre à la suite de la scarlatine et de la rougeole, puisqu'elle se manifeste dans les mêmes circonstances que cette dernière.

Symptômes. — C'est pendant la convalescence de la scarlatine, de la rougeole, de la variole, etc., du seizième au vingt-quatrième jour, par suite de l'impression du froid, surtout du froid humide, qui met un obstacle à la perspiration cutanée, que se montrent les symptômes de l'anasarque, presque toujours annoncés par quelques prodromes peu intenses, caractérisés par un peu de fièvre et par un état général de malaise. Ces phénomènes, peu marqués dans la journée, prennent un peu d'accroissement lorsque le soir arrive; il se fait alors une réaction plus grande, et le malade donne des signes de souffrance et d'agitation; il éprouve quelquefois de l'anorexie; et ce dont il se plaint le plus, c'est une soif vive et un état de sécheresse à la gorge. D'autres fois, il est capricieux pour ses aliments; le plus souvent, il se plaint de ne pouvoir aller librement à la selle, rarement d'y aller trop souvent; sa respiration est fréquente; il est sans cesse fatigué et tourmenté par une petite toux sèche et fréquente, à laquelle se joint une douleur vague à la base de la poitrine; les urines sont concentrées, rouges, peu abondantes; M. Hamilton assure que, lorsque ce dernier caractère existe, l'apparition de la leucophlegmatie est imminente. Enfin, paraît l'anasarque. La première partie du corps sur laquelle on la voit d'abord apparaître, c'est la face : les paupières supérieures s'infiltrent; elles sont transparentes, pâles; le malade peut à peine les soulever; il y a une espèce de blépharoptose. C'est surtout le matin que l'infiltration est plus prononcée et paraît plus considérable; elle se montre plus évidente au pourtour des malléoles qu'en tout autre lieu; bientôt tout le corps

est envahi; alors surviennent quelques légers symptômes d'hypérémie cérébrale; ainsi, à cause de la pléthore momentanée des vaisseaux encéphaliques, le malade se sent la tête lourde, engourdie; ses traits expriment l'abattement, et il finit par tomber dans l'assoupissement et la somnolence Du troisième au neuvième jour depuis l'invasion de l'anasarque, on peut voir survenir des phénomènes qui rendent la maladie grave, dangereuse, je veux parler des suffusions séreuses, qui se manifestent dans la cavité des plèvres, de l'arachnoïde, du péritoine ou le tissu du poumon. Dans ce dernier cas, le malade éprouve un sentiment de compression, de constriction et d'anxiété vers la poitrine, avec toux sèche et fréquente; il est saisi d'une violente dyspnée. La suffusion séreuse des méninges s'annonce par de la céphalalgie, du malaise, des vomissements; viennent ensuite les symptômes des épanchements cérébraux, tels que dilatation des pupilles, convulsions, strabisme, cécité, ralentissement du pouls, etc. Quant aux épanchements dans le péricarde, les plèvres, le péritoine, ils se caractérisent par les signes qui leur sont propres, et qui sont trop connus pour que nous les énumérions ici. Je ne terminerai pas cet article sans parler d'un épiphénomène qui peut rendre la maladie grave. On observe en effet, quelquefois, tantôt une simple diarrhée, tantôt une véritable dysenterie, qui annonce une altération chronique de la muqueuse intestinale; aussi, après la guérison de l'anasarque, si toutefois on l'obtient, convient il de fixer son attention sur les voies digestives. Lorsque l'anasarque se termine bien, c'est du douzième au quatorzième jour que commence la convalescence.

Après l'examen de ces symptômes, il nous paraît convenable de jeter un coup d'œil sur ce qu'il y a de particulier dans l'histoire de l'anasarque, relativement aux maladies qui la produisent; et comme les observations que nous avons trouvées dans les auteurs ne se rapportent guère qu'à la scarlatine, la rougeole, ou la variole, nous nous bornerons à passer en revue ces trois affections, sous le point de vue de l'anasarque.

Scarlatine. — Des trois grandes maladies éruptives que nous venons de citer, la scarlatine est sans contredit celle qui donne le plus souvent lieu à l'anasarque. L'hydropisie scarlatineuse a ordinairement la forme aiguë et même sur-aiguë ; elle peut aussi revêtir la forme chronique. On trouve dans les auteurs des obervations dans lesquelles cette complication à causé la mort des malades dans l'espace de quarante-huit heures. MM. Rilliet et Barthez (loc. cit., p. 512) parlent d'une observation dans laquelle la maladie n'a duré que douze heures. Dans d'autres cas, l'hydropisie suit d'abord une marche bénigne, et se termine par une suffocation prompte et terrible ; c'est une preuve alors que les organes de la respiration sont pris, ce qui rend le pronostic très-facheux. Les anciens auteurs ayant observé que tantôt dans la leucophlegmatie il y avait fièvre, et que, dans d'autres cas, au contraire, il y avait apyrexie complète, s'inquiétant peu du reste de la marche de la maladie, avaient été conduits à recommander de distinguer avec soin l'anasarque chaude de l'anasarque froide, et cela dans un but thérapeutique. Cependant il y a des objections à faire à cette division. En effet, l'état du pouls ne suffit pas pour différencier ces deux espèces, car il arrive parfois que le pouls est à peine fébrile, pendant un ou deux jours au début de l'anasarque, puis qu'il cesse de l'être, et que l'anasarque prend ensuite la forme d'une anasarque froide. D'ailleurs, on voit aussi des hydropisies à marche sur-aiguë, sans accélération du pouls. Ces dernières exigent le même traitement que les premières. Il faut donc, pour établir ces distinctions, tenir compte de la marche rapide de l'hydropisie autant que de l'appareil fébrile qui l'accompagne. Donc la forme sur-aiguë et la forme aiguë peuvent être pyrétiques ou apyrétiques ; la première dure douze, vingt-quatre, quarante-huit heures et même trois jours ; la seconde de sept à quatorze jours, rarement davantage ; quant à la forme chronique, la forme froide, l'hydropisie essentiellement apyrétique, elle peut durer quatre à cinq septénaires.

L'anasarque peut se terminer, avons-nous dit, par épanchement dans divers organes, dans diverses cavités. Nous allons citer une ob-

servation que nous empruntons à Vieussens (loc. cit.), et qui offre une de ces terminaisons.

En octobre 1772, une jeune fille de neuf ans eut une scarlatine bien caractérisée, et qui suivit le cours ordinaire. Au bout de dix jours elle parût rétablie. Cependant, malgré les recommandations de Vieussens, ses parents crurent pouvoir lui faire prendre l'air au soleil et à l'abri, par un temps fort doux, pendant environ une heure et demie. Deux ou trois jours après, la petite convalescente se sentit incommodée et plus pesante qu'à l'ordinaire, il survint bientôt une enflure au ventre et une diminution de l'urine. Vieussens appelé la trouva avec un peu de fièvre, ayant le ventre fort bouffi, et urinant très-peu, ses urines étaient troubles et déposaient un sédiment blanchâtre. Les poudres scillitiques et autres remèdes analogues firent cesser le désordre. Dix jours après, elle s'amusait à danser et à sauter, quand tout à coup, elle se trouva mal et mourut. Le lendemain l'autopsie fut faite, et l'on trouva de la sérosité remplissant les deux cavités du thorax et le péricarde, celui-ci étant fort dilaté, et percé d'un petit trou d'environ trois quarts de ligne, sans aucune apparence d'avoir été fait par le scalpel.

Voici un autre fait que j'emprunte à MM. Rilliet et Barthez (loc. cit.), lequel offre une terminaison multiple, par hydropisie méningienne, par œdème du poumon, et par asitie. Une fille, âgée de neuf ans, fut prise, pendant la bonne santé, des prodromes de la scarlatine; l'éruption se fit, et suivit sa marche habituelle; au huitième jour, la desquamation commença, au seizième on remarqua un peu de bouffissure à la face et aux membres, l'infiltration séreuse augmenta bientôt, se compliqua d'étouffements, de dyspnée, avec râle crépitant humide dans la partie postérieure de la poitrine. Au trente-unième jour il survint un délire intense, et la malade mourut. A l'autopsie, l'infiltration était notable dans le tissu cellulaire : une incision pratiquée sur les poumons en fit ruisseler une sérosité rougeâtre assez abondante; on trouva aussi un épanchement assez considérable dans le péritoine et dans les ventricules cérébraux.

Dans l'observation empruntée à Vieusseux, nous trouvons que les urines étaient troubles et déposaient un sédiment blanchâtre. Ce phénomène est important à noter, car il fait soupçonner la présence de l'albumine dans les urines; et nous avons déjà vu combien est grande l'importance que l'on a attachée à l'albuminurie dans l'anasarque suite de scarlatine. On trouve dans la *Gazette médicale*, année 1837, la relation faite par William Wood, d'une épidémie de scarlatine qui a régné à Édimbourg, de 1835 à 1836, laquelle ne présenta, il est vrai, rien d'insolite, rien d'extraordinaire, mais dans laquelle on observa encore une coloration particulière des urines; l'urine était plus ou moins coagulable par la chaleur, et d'une pesanteur spécifique moindre qu'à l'état normal, ressemblant généralement à du petit-lait; chez d'autres elle était colorée en rouge par du sang. Un autre fait assez important à noter, c'est que dans cette épidémie on n'a pu constater aucun rapport entre la gravité de la scarlatine et la fréquence de l'hydropisie; or il n'y a encore rien de bien positif, de bien établi à ce sujet. Ainsi, d'après Vieussens, le danger d'être pris d'anasarque est souvent le même si la scarlatine est fort légère, avec presque point de fièvre, presque point d'éruption et de desquamation, ou bien, si elle est très-violente, avec une éruption copieuse, et une entière desquamation. « Cependant, ajoute-t-il, en général le danger est proportionné à la violence de la maladie, et alors c'est dans le fort de la desquamation que l'anasarque se montre. » On suit encore dans cette épidémie l'invasion progressive de l'anasarque : ainsi, c'était d'abord par la face qu'elle commençait; dans quelques cas elle est restée bornée à cette région; d'autres fois, et le plus souvent, elle s'est propagée aux mains et aux pieds, enfin à tout le corps. Dans quelques cas, cet accident a été évidemment la suite d'une exposition au froid, à un courant d'air froid, pendant la convalescence; dans d'autres cas, elle serait survenue avant que les malades eussent quitté le lit, sans qu'ils eussent fait aucune imprudence. Qu'il nous soit permis de douter un peu de la réalité de ce dernier fait; car les causes de

refroidissement sont si fréquentes et si variées qu'il est impossible d'affirmer que le malade n'a pas été exposé à l'une d'elles.

Rougeole.

L'anasarque se montre aussi dans la rougeole, pendant la convalescence, à la suite de l'impression du froid, qui devient un obstacle à la perspiration cutanée ; mais on l'observe plus rarement qu'après la scarlatine. MM. Rilliet et Barthez (loc. cit.), qui, placés dans un hôpital d'enfants, ont eu occasion de voir un grand nombre de cas de rougeole, n'ont constaté cette complication que six fois. Chez trois enfants la maladie se passa tout entière sous leurs yeux, et l'anasarque, développée du douzième au vingt et unième jour, dura de trois à douze jours. Chez les trois autres malades, l'anasarque fut générale et intense ; deux fois elle s'accompagna d'albuminurie. « Dans ces cas, bien que nous n'ayons pas vu la fièvre éruptive, disent les auteurs cités, nous n'avons aucune raison de croire qu'elle n'ait été en réalité rubéolique. L'absence de desquamation chez deux de ces malades en a été, du reste, pour nous une preuve positive. » L'anasarque débuta le neuvième, onzième, trente et unième jour, et dura huit, douze et soixante-six jours. Deux de ces malades moururent; chez l'un on trouva les lésions qui rendent évidente la maladie de Bright, avec complication d'une double pleurésie et d'une pneumonie œdémateuse; chez l'autre, il n'existait pas de néphrite albumineuse, la mort survint chez lui par suite de maladie intercurrente. Vieussens assure avoir observé des cas d'anasarque à la suite de la rougeole, mais il ne donne aucune de ses observations. Gaspard Roux (*Traité sur la rougeole,* 1807, p. 73) rapporte que la leucophlegmatie s'est montrée assez fréquemment dans une épidémie de rougeole qui a régné dans le canton de Pierre, pendant le trimestre d'automne 1806, et le trimestre d'hiver 1807; il raconte que c'était un des accidents qui cédaient le plus facilement : il suffisait pour cela de mettre, pendant quinze jours ou trois semaines, les malades, à l'usage d'un bouillon de veau qu'il aiguisait avec le suc

de cresson de fontaine, et qu'il rendait légèrement purgatif à l'aide de quelques sels neutres; il les invitait à se garantir du froid, et il terminait la cure en leur conseillant de boire quelque peu d'un vin généreux, ou quelques cuillerées de vin de quinquina, ou quelques tasses d'infusion de germandrée ou de camomille romaine.

On trouve dans la *Gazette médicale*, 1833, p. 93, la relation d'une épidémie de rougeole observée à Genève par Lombard, de Genève, dans laquelle, sur cent dix-sept enfants qui eurent la rougeole, l'auteur n'a eu l'occasion de voir que deux cas d'anasarque. De ces deux enfants, l'un, âgé de six ans, en fut atteint à la suite d'une éruption mal observée par les parents et qui ne pouvait être la scarlatine, puisqu'il n'en existait pas un seul cas dans toute la ville, tandis que la rougeole régnait dans tout le voisinage. Ce malade présenta l'infiltration du tronc du visage et des membres, en même temps on remarqua de la rougeur sur ses conjonctives et ses paupières, sa langue était chargée et son pouls assez fréquent; mis à l'usage des pilules de Bacher et de la digitale, il ne tarda pas à désenfler; les urines, qui d'abord étaient presque supprimées, devinrent très-abondantes, et présentèrent en outre un phénomène qui doit fixer l'attention, nous voulons parler d'une coloration noire assez foncée. Examinées par un chimiste, elles donnèrent un précipité brun qui parut se rapprocher de la matière colorante du sang. La partie transparente contenait beaucoup d'albumine et fort peu de sels. Du moment où le malade fut soumis à l'influence des diurétiques, les urines devinrent claires et limpides. L'autre malade eut une rougeole dont les diverses périodes furent bien observées, en sorte qu'il ne put y avoir de doute sur la cause de l'anasarque. Cette dernière fut peu considérable, et les urines furent, comme dans le cas précédent, d'une couleur brune très-foncée; l'analyse chimique montra qu'elles contenaient beaucoup d'albumine, mais l'urée n'y existait pas, ou du moins y était en si faible proportion, que les réactifs ordinaires restèrent sans effet.

On voit par ces quelques faits que l'anasarque qui complique la rougeole ne diffère pas sensiblement de celle qui succède à la scar-

latine, si ce n'est qu'elle est plus rare que cette dernière. En effet, elle survient aussi par suite de l'impression du froid, pendant la convalescence de la rougeole, et elle présente, comme phénomène important, la coloration des urines, lesquelles ont le plus souvent contenu de l'albumine. Cependant, comme nous le verrons en parlant du pronostic, l'anasarque suite de rougeole est moins grave que celle qui complique la scarlatine : c'est là un caractère différentiel qu'il est assez important de noter.

Variole.

Il faut distinguer dans cette grave affection deux espèces d'infiltration, l'une qui se montre pendant le cours de la variole, et qui est due à ce que l'irritation de la peau, se propageant au tissu cellulaire, y détermine une excitation des vaisseaux exhalants : elle est analogue à celle qui apparaît pendant le cours d'un érysipèle ; l'autre qui survient à la dernière période par un obstacle à la perspiration cutanée. C'est cette dernière infiltration qui doit seule nous occuper, elle est moins fréquente que les deux précédentes. MM. Rilliet et Barthez, qui ont observé un grand nombre de cas de variole, ne l'ont observée que trois fois. Parmi les trois enfants qui en furent attaqués, deux eurent une variole normale qui parcourut régulièrement ses périodes ; le troisième avait une varioloïde. Dans les deux premiers cas, la dessiccation était terminée lorsque l'anasarque est survenue ; dans le troisième, l'éruption était encore pustuleuse, et quelques croûtes commençaient à se former.

Un des deux premiers malades chez lequel l'anasarque reconnaissait pour cause un refroidissement, fut atteint d'une manière assez grave ; l'infiltration parut d'abord à la poitrine, puis elle s'étendit rapidement au reste du corps, et le second jour elle était générale. Le sixième elle commença à diminuer ; cette diminution fut graduelle jusqu'au treizième. A cette époque, toute trace d'anasarque avait disparu ; la

bouffissure reparut le vingtième jour à la figure; le lendemain elle était dissipée; les urines n'offrirent jamais la moindre trace d'albumine. Dans un autre cas, il s'agit d'une fille de sept ans chez laquelle l'anasarque débuta par les mains et les pieds, et s'étendit ensuite à l'avant bras, mais ne gagna pas le reste du corps. Après avoir offert des alternatives d'augmentation et de diminution, elle disparut définitivement au bout de onze jours; les urines ne furent pas examinées.

Loss (*Le dang. lymph.*, § 43) rapporte qu'en 1672, dans la ville d'Anhalt, presque tous les enfants furent pris d'anasarque après la variole.

Grateloup, dans une relation d'épidémie variolique qui régna à Dax en 1783 (*Journal méd., chir., pharm.*, 1791, t. 86, p. 325), assure qu'il a vu quelquefois dans cette épidémie des infiltrations œdémateuses vers la dernière période. Ces infiltrations étaient plus marquées aux extrémités inférieures et au tronc; deux des petits malades attaqués de cet œdème eurent des urines extrêmement rares.

Ces rares détails, que nous avons trouvés épars dans la science, ne font que confirmer l'idée que nous avons émise en commençant cet article, je veux parler de la rareté de l'anasarque dans la variole. Nous n'avons pas trouvé de faits dans lesquels on ait observé les urines albumineuses. Dans ceux que nous venons de citer, les urines n'ont pas été examinées; dans un cas seulement elles étaient extrêmement rares, peut-être contenaient-elles de l'albumine; mais, à l'époque à laquelle ce cas-là a été observé, les connaissances chimiques étaient encore trop dans l'enfance pour qu'il fût possible de le constater. Il faut donc, nous l'avons déjà dit, attendre de nouvelles observations pour éclaircir la question de l'existence de la néphrite albumineuse dans l'anasarque qui complique la variole.

Diagnostic. — Après ce que nous avons dit sur les causes et les symptômes de l'affection qui nous occupe, le diagnostic ne doit pas paraître difficile à établir. Pour le poser, on devra rechercher les cir-

constances commémoratives, s'informer si le malade n'a pas eu une scarlatine, une rougeole, une variole, un urticaire, et, si l'anasarque n'est pas survenu à la suite d'un obstacle à la perspiration cutanée. Mais là ne doivent pas se borner les recherches; on devra examiner la couleur des urines, les traiter par l'acide nitrique, par la chaleur, afin de constater, si elle existe, la présence de l'albumine; il conviendra d'interroger les divers viscères afin de remonter à la source de l'hydropisie; car, dans le cas où l'on ne trouverait aucune lésion, ce serait une preuve que l'anasarque ne reconnaît pas d'autres causes que l'irritation de la peau.

Pronostic. — Les auteurs diffèrent d'opinion sur la gravité du pronostic. Ainsi, Cullen (loc. cit.) prétend que l'anasarque que l'on observe pendant la convalescence de la scarlatine se dissipe peu à peu au bout de quelques jours, et exige rarement un traitement. Cette assertion est vraie, en général, pour la rougeole, probablement pour la variole; mais pour la scarlatine, elle est loin d'être regardée comme démontrée. M. Welh regarde l'anasarque qui vient compliquer cette dernière maladie comme une affection grave, et il a remarqué que les signes fâcheux apparaissent promptement et deux ou trois jours après que la face a été infiltrée; mais, d'après lui, lorsque le mal a duré sans gravité jusqu'au dixième ou onzième jour, il est rare qu'aucun accident fâcheux soit alors à redouter. Vieusseux regarde aussi cet accident comme grave et se terminant souvent d'une manière funeste: « le malade, dit-il, à la suite de l'impression du froid, devient tout à coup enflé et oppressé à un tel point que, malgré tous les secours, il meurt quelquefois comme étouffé en deux ou trois jours, et même plus tôt, avec des symptômes d'épanchement. » Pénétré de la gravité de cette anasarque, il conseille, pour la prévenir, de tenir le malade chaudement et de ne le laisser sortir qu'environ un mois et demi après la terminaison de la scarlatine. « Au reste, ajoute-t-il, cette gravité dépend de la constitution épidémique. » William Wood (loc. cit.) se range de ce dernier avis : il attribue les

dissidences des auteurs sur le pronostic de la maladie dont nous parlons, à la nature des différentes épidémies; il cite, à ce sujet, ce qui a été observé à l'hôpital Heriot dans les épidémies de 1804, 1832, 1836. Dans les épidémies de 1804 et 1832, aucun malade n'est mort des effets primitifs de la scarlatine, tandis que dans la première trois, et dans la seconde deux sont morts à la suite d'hydropisie. En 1836, quatre malades sont morts des effets primitifs de la maladie éruptive, et pas un à la suite d'hydropisie. Quoi qu'il en soit, l'on ne devra négliger aucune précaution hygiénique pour prévenir une complication que l'on s'accorde en général à regarder comme grave, et qui peut se terminer par la mort. Nous avons déjà dit que l'anasarque suite de rougeole était moins grave que celle qui vient de nous occuper; c'est en effet ce qui résulte du dire des auteurs et des quelques faits que nous avons cités (vide supra); en est-il de même pour la variole? tout porte à le croire; le peu de faits que j'ai tirés de l'ouvrage de MM. Rilliet et Barthez (loc. cit.) sont assez rassurants; mais, comme il y a grande disette d'observations, il est impossible de formuler sur ce point une opinion précise et inattaquable.

Durée et terminaisons. — Nous nous sommes suffisamment étendus sur la durée et les terminaisons de cette maladie à l'article *Symptômes;* nous croyons donc pouvoir nous dispenser d'y revenir.

Traitement. — Comme le devoir d'un médecin ne doit pas se borner seulement à chercher à guérir la maladie, mais encore à la prévenir autant que faire se peut, il devra, lorsqu'un malade sera atteint d'une fièvre éruptive, veiller à ce que, pendant la maladie, et surtout pendant la convalescence, il ne se refroidisse pas. On devra entretenir dans sa chambre une température modérée, prévenir tout courant d'air nuisible; on lui recommandera d'éviter en même temps les impressions d'une chaleur trop forte; car, dans cette circonstance, plus la chaleur a été vive, plus, dès qu'on cesse d'y être soumis, le refroidissement est à craindre. Si l'on n'a pu empêcher le développement

de l'anasarque, il s'agit alors d'y porter remède ; on doit encore veiller à ce que l'air ambiant soit toujours assez chaud ; le malade fera bien de porter des vêtements de flanelle ; on lui fera pratiquer des frictions sèches avec des morceaux d'une flanelle douce qui pourra être imprégnée d'une vapeur aromatique, surtout si l'on trouve que le malade est affaibli. Il est bon d'insister sur des bains d'eau pure ou rendus aromatiques par la décoction de quelques plantes de la famille des labiées, telles que la mélisse, la lavande, la sauge, le romarin, le thym. Si l'anasarque était accompagnée de symptômes fébriles, l'emploi de saignées répétées suivant la force du sujet serait indispensable. Dans tous les cas, il faudra s'adresser aux divers émonctoires de l'économie pour dissiper l'infiltration ; ainsi, après s'être assuré qu'il n'existe aucune trace d'irritation du côté de l'intestin, on pourra administrer quelques purgatifs qui seront en rapport avec l'âge du sujet : de la manne, de l'huile de ricin pour les enfants ; du jalap, de l'élatérium, du calomélas, de l'huile de croton tiglium, pour les adultes. On devra administrer quelques diurétiques, tels que le tartrate acidule de potasse, la scille, la digitale ; lorsque l'estomac ne peut les supporter, on les associe aux narcotiques, à la jusquiame, et surtout à l'opium. M. Rayer préfère la décoction de chiendent nitré, l'acétate de potasse, et surtout la décoction de racine de raifort sauvage, depuis 8 grammes jusqu'à 45 grammes pour 1,000 grammes d'eau.

Un médecin de notre pays, le docteur Roux, a, dans beaucoup de cas, entre autres dans une anasarque grave dont nous fûmes atteint à l'âge de trois ans, pendant la convalescence d'une scarlatine, prescrit avec succès la tisane diurétique suivante :

Racine de persil. . . . . . 8 grammes.
Eau. . . . . 500 —

Faites bouillir jusqu'à réduction de moitié ; ajoutez :

Nitrate de potasse. . . . . 1 gramme.

Passez et ajoutez :

Sucre. . . . . q. s.

Coupez avec partie égale de lait.

Enfin, s'il existait quelques complications, s'il survenait des épanchements, on dirigerait contre eux les moyens thérapeutiques qui leur sont propres, et qu'il est hors de notre sujet de développer ici.

II.

Quel est le traitement à opposer aux différentes espèces de panaris?

Le panaris (*paronychia*) est l'inflammation aiguë des tissus divers qui constituent les doigts, inflammation qui ne s'étend que trop souvent à la main, à l'avant-bras et même aux parties les plus élevées de l'extrémité thoracique. Les orteils, dont l'organisation est la même que celle des doigts, étant mieux protégés contre l'atteinte des corps extérieurs, le panaris ne s'y développe presque jamais.

Les auteurs ont divisé le panaris en plusieurs espèces, suivant que telle ou telle partie du doigt était attaquée. Or, on le sait, plusieurs éléments anatomiques entrent dans la structure des doigts. En effet, sur plusieurs plans successifs, on trouve : 1° la peau, dont les caractères sont d'être dure, résistante, parsemée d'une multitude infinie de filets nerveux ; 2° une couche cellulaire et adipeuse, abondante, serrée, qui fixe intimement la peau aux parties plus profondes, et qui renferme dans ses aréoles un réseau artériel et veineux, et au niveau de la pulpe seulement, l'arcade artérielle antérieure et la fin des nerfs collatéraux palmaires ; 3° à l'extrémité du doigt, le tendon phalangettien et la phalangette, et au niveau des deux premières phalanges, la

membrane fibreuse des tendons fléchisseurs, les vaisseaux et nerfs collatéraux, et les filaments artériels qui pénètrent, entourés de pelotons adipeux, dans les ouvertures de la gaîne des tendons, faisant communiquer ainsi le tissu cellulaire interne avec celui de l'extérieur: dans la gaîne, le tendon du muscle fléchisseur superficiel se présente le premier en haut; mais bientôt ce rapport change, et le tendon du fléchisseur profond, devenu superficiel, cache à son tour le premier; les tendons adhèrent à la gaîne dans quelques points, à l'aide de brides formées de vaisseaux revêtus par la membrane synoviale; 4° les phalanges recouvertes de leur périoste.

L'Académie de chirurgie, se fondant sur ces dispositions anatomiques, avait admis quatre espèces de panaris: 1° celui qui a son siége entre l'épiderme et le derme (*mal d'aventure*); 2° celui du tissu cellulaire sous-cutané, autrement dit *panaris phlegmoneux.* Une troisième espèce, et c'est la plus dangereuse, attaque la gaîne des tendons et leur membrane synoviale, d'où elle se propage quelquefois aux articulations qui unissent les phalanges entre elles. La quatrième espèce a son siége entre le périoste et l'os. Cette division est adoptée par M. le professeur Roux. M. Bégin (*Dictionnaire de méd. prat.*, art. PANARIS) n'admet que trois espèces, sa troisième espèce comprenant les deux dernières du professeur Roux. Dionis, et à son exemple Boyer, n'ayant égard qu'à la nature du mal, pour eux identique dans tous les cas, n'admettent qu'un seul panaris susceptible seulement de se propager à toutes les parties constituantes du doigt. D'autres, tels que Sauvages et François Hubert, reconnaissent, le premier sept, le second huit espèces.

Pour nous, il n'y aurait à la rigueur qu'un véritable panaris, le panaris tendineux ou fibreux, car il a des caractères à lui, des caractères types; quant aux lésions des autres tissus du doigt, qui constituent les trois autres espèces de panaris, elles ne présentent aucune particularité que l'on ne retrouve dans les inflammations des divers tissus qui constituent le corps. Cependant, comme le panaris de la gaîne des tendons peut être la conséquence de l'inflammation des autres éléments des doigts,

comme aussi il peut y donner lieu, il nous paraît utile de conserver, à cause de son utilité pratique, la division adoptée par M. Roux. Nous croyons qu'il est convenable d'admettre une variété dans la seconde espèce, caractérisée par un engorgement circonscrit, arrondi, qui devient graduellement bleuâtre, et qui a tous les caractères du furoncle ou de l'anthrax. Cette sorte de panaris n'a pas de tendance à se propager vers la base des doigts et à la main, il en sort un bourbillon à travers de petites ouvertures placées sous l'épiderme, lorsque celui-ci se détache.

Il est important de reconnaître dans l'affection qui nous occupe deux périodes distinctes, l'une marquée par des symptômes d'inflammation, l'autre par des symptômes de suppuration : si les anciens auteurs avaient fait cette distinction, ils nous auraient épargné cette série de remèdes aussi dégoûtants qu'inefficaces, dont on trouve la liste dans leurs écrits, et que nous ne nous donnerons pas même la peine de citer.

C'est à la première période de la maladie que l'on peut mettre en usage les moyens abortifs que la thérapeutique a en son pouvoir. Dans ce but ont été employés les différents narcotiques de la matière médicale, la thériaque par Fabrice de Hilden, les cataplasmes de ciguë et de mandragore par Ambroise Paré, la dissolution d'extrait aqueux d'opium (1). Ces moyens, en calmant la douleur, peuvent produire un amendement marqué, et souvent amener la terminaison par résolution. Aetius (*Serm.*, lib. 25, cap. 1) recommande l'application de l'eau froide dès le commencement. « Ad paronychias incipientes la-« nam ex aqua frigida imbutam imposito, aut per linteolum ex aqua « expressum assidue refrigerato. » D'autres (M. Baudens, chirurgien en chef au Val de-Grâce) conseillent de recouvrir le doigt de neige, de glace, et obtiennent des succès incontestables.

---

(1) M. Pasquier fils, chirurgien en chef des Invalides, fait avorter les panaris commençants, à l'aide d'irrigations chaudes et fortement laudanisées (*Bull. de thérapeutique*, t. 13, p. 228).

M. le professeur Velpeau a obtenu de bons résultats en exerçant, au début des accidents, à l'exemple de Callisen, Theden, Schneider, une compression modérée sur le doigt affecté, à l'aide d'un petit bandage compressif. M. Serres (d'Uzès) a employé avec avantage l'onguent mercuriel au début (*Bullet. thér.*, 1833, t. 4). En faisant sur le doigt malade, avant que la suppuration soit établie, des frictions répétées de quart d'heure en quart d'heure avec l'onguent mercuriel double, ou tout simplement en maintenant le doigt dans une masse d'onguent napolitain, il a fait avorter des panaris qui menaçaient de devenir très-graves.

Callisen, et de nos jours M. le professeur Velpeau, ont mis en usage le vésicatoire volant contre cette maladie: c'est, d'après ce dernier praticien, un moyen excellent et dont il n'a qu'à se louer.

D'autres chirurgiens, parmi lesquels figure M. Roux, conseillent, dès le début de la première période, de mettre en usage les antiphlogistiques et les émollients. Bell a recommandé, dès le début, l'application de sangsues. M. Roux les a prescrites avec le plus grand succès, en les faisant appliquer sur des parties que l'inflammation n'a pas encore envahies; il recommande en même temps les cataplasmes émollients arrosés de laudanum. Si le sujet est fort, il pratique une ou plusieurs saignées générales. On a vanté et l'on vante encore, avec raison suivant nous, les incisions prématurées. M. le professeur Roux les regarde comme inutiles, et même comme quelquefois dangereuses. Cependant, la majorité des praticiens professe une opinion opposée. Bidault («Ergo in omni paronychia partis incisio præferenda»), Boyer (*Dictionnaire des sciences médicales*, art. PANARIS), M. le professeur Velpeau (*Anat. chirug.*, t. 2, p. 485), M. Bégin (loc. cit., p. 449), se montrent partisans de cette opération. Pour ce dernier chirurgien, l'incision est le meilleur moyen abortif que l'on puisse employer, et cela sans aucune crainte; car ce débridement, dit-il, est toujours sans inconvénient: il ne peut être, à la rigueur, qu'inutile, superflu; mais il ne détermine aucune lésion dangereuse, et n'aggrave pas la maladie;

il est utile, au contraire, en divisant un grand nombre de filets nerveux, siége de la douleur; il fait l'effet d'une saignée locale artérielle ou capillaire abondante, détend le tissu peu extensible de la peau et des lames cellulo-fibreuses sous-jacentes, enfin donne issue à la suppuration qui a déjà commencé à se former dans la profondeur des parties. Voici le procédé employé pour pratiquer cette petite opération.

Le sujet doit appliquer sur une table solide la face dorsale de la main, et spécialement celle du doigt malade; un aide le saisit doucement et maintient la partie immobile en s'emparant de l'avant-bras, au-dessus du poignet. On porte ensuite le bistouri sur la partie affectée; ce bistouri doit être aigu, à pointe solide et bien tranchante; l'incision doit être parallèle à l'axe du doigt. Garengeot, craignant d'intéresser les tendons et leur gaîne, conseille d'inciser sur les côtés. Cette crainte est sans fondement; pour peu que l'on agisse avec un peu de prudence, on devra choisir l'endroit où le gonflement est le plus considérable. Le malade éprouve pendant l'incision une douleur vive et rapide comme la foudre, et ressent bientôt après un soulagement salutaire. Les tissus divisés, la partie doit être plongée dans un bain local émollient, où un dégorgement bienfaisant a lieu par suite de l'écoulement sanguin qui s'opère; on continue ensuite les applications relâchantes et narcotiques. Le pansement consiste à recouvrir la plaie de bourdonnets de charpie, par-dessus lesquels on applique un cataplasme émollient; on continue ce pansement, et on soutient pendant tout le traitement la main et l'avant-bras, au moyen d'une écharpe. En peu de jours, de la suppuration se manifeste à la plaie, celle-ci se déterge bientôt et finit par se cicatriser.

Il convient d'apporter la même vigueur, la même énergie dans le traitement, lorsque l'inoculation de matières putrides complique le panaris. Dans cette circonstance, quelques précautions doivent être prises pour prévenir l'apparition de l'affection dont nous nous occupons. Lorsque l'on s'est piqué en maniant des matières putrides, il est bon de bien laver la piqûre, d'en exprimer le sang, de pratiquer

une légère cautérisation avec un crayon de nitrate d'argent, de faire suivre ces quelques manœuvres d'un peu de repos, de prendre à l'intérieur quelques infusions théiformes, et d'appliquer enfin sur le doigt quelques fomentations émollientes et narcotiques. Tels sont les moyens préventifs dont l'utilité est hors de doute; que si, malgré ces précautions, on voyait éclater de la douleur, de la rougeur, de la tuméfaction, il conviendrait d'inciser, et déjà même à cette époque on trouverait certainement, d'après M. Bégin, du pus infiltré dans les tissus. Il convient d'amoindrir l'ongle depuis sa racine jusqu'à son extrémité, puis de pratiquer l'incision à travers cet ongle aminci, lorsque le panaris se borne à attaquer les parties que recouvre cette production cornée.

Les caustiques ont eu un moment de vogue et ont disputé le pas aux incisions, à l'époque où fleurissait l'Académie de chirurgie. Foubert, Fabre, s'en montrèrent les partisans; dans ces derniers temps, Sue (*Mémoires de la Société médicale d'émulation*) essaya de poser les règles de ce traitement, et n'admit l'incision que lorsqu'il y a une collection purulente bien reconnue; ce moyen trop infidèle est aujourd'hui complétement abandonné.

En résumé, dans la période inflammatoire du panaris, tous les efforts doivent tendre à borner l'extension du mal, à le juguler, si je puis ainsi dire. Pour cela, le froid, la compression, le vésicatoire, l'onguent mercuriel, les sangsues, les narcotiques, peuvent être indifféremment employés pendant les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui suivent le début de l'affection; mais ce terme-là passé, l'incision prématurée nous semble devoir avoir le pas sur toutes les autres médications.

A la seconde période du panaris, le traitement présente des différences suivant les diverses espèces. Dans la tourniole ou panaris érysipélateux, l'indication est d'ouvrir le plus tôt possible la collection purulente qui s'est formée, d'enlever avec les ciseaux une partie plus ou moins considérable de l'ampoule qui s'est développée à l'extrémité ou à la pulpe du doigt; de panser, avec de petits plumasseaux

enduits de cérat, la surface du derme mise à nu ; après une suppuration légère dont la durée se borne à quelques jours, l'épiderme se régénère, et l'affection se termine ainsi heureusement. Lorsque l'ongle est baigné par le pus et qu'il est séparé des parties sous-jacentes par ce liquide morbide, comme il peut résulter de cet état de choses un état d'ulcération sans cesse renaissant, si sa chute se fait trop attendre, il faut se déterminer à arracher ce corps en totalité ou en partie.

2° Dans le cas de panaris phlegmoneux à sa seconde période, la nécessité de l'incision ne peut plus être mise en question ; il faut se hâter de la pratiquer sur le point le plus saillant de la tumeur, là où la fluctuation est le plus sensible ; on la fait suivre d'un pansement méthodique, fait comme pour une plaie simple ; bientôt les phénomènes locaux et généraux s'amendent et disparaissent, et la cicatrisation s'effectue rapidement. Quant au panaris furonculeux, il n'y a qu'à suivre le traitement réclamé par le furoncle ou l'anthrax ; l'incision est ce qu'il y a de mieux, afin de donner issue au tissu cellulaire mortifié.

3° Le traitement de la troisième espèce de panaris, toujours à la seconde période, mérite surtout une sérieuse attention. Il s'agit ici d'empêcher le pus de fuser le long des gaînes des tendons, et de porter ses ravages au loin : aussi doit-on s'empresser de lui fournir une issue à l'extérieur, en s'empressant de pratiquer une incision qui comprenne les parties molles extérieures du doigt et la paroi antérieure de la gaîne du tendon. Au moyen de cette incision, le tissu cellulaire sous-cutané se trouve aussi divisé, et il s'en échappe une certaine quantité de pus qui y était amassé, et qui s'était formé par suite de l'inflammation développée dans ce tissu, coïncidant avec celle de la gaîne, ou qui était sorti de cette gaîne par de petites ulcérations qui s'établissent sur les points les plus minces de sa paroi antérieure, et surtout au niveau de l'articulation des phalanges entre elles. L'existence de ces petites ulcérations, et la sortie du pus qu'elles transmettent au dehors sont un signe caractéristique de la suppuration de la

gaîne, qu'il faut se hâter d'inciser largement. C'est par ces petites ouvertures que l'on doit introduire la sonde cannelée qui doit servir de guide au bistouri. Si ces ouvertures manquaient, conviendrait-il d'attendre leur formation comme on l'a proposé? Quelques chirurgiens trop prudents peut-être se rangent de cet avis: quant à nous, persuadé que le panaris est une affection dans le traitement de laquelle il ne faut pas temporiser, nous croyons qu'il ne faudrait pas hésiter à faire une incision, qui, si elle était inutile, ne serait pas nécessairement nuisible. A la suite de cette opération, il survient une rémission générale et locale: les tendons mis à nu se ramollissent et se séparent, leur exfoliation et leur chute s'effectuent à peu près dans l'espace de quinze à vingt jours. Alors la plaie présente un bon aspect, et la cicatrisation se fait assez promptement. Le sujet reste affecté d'une complète immobilité du doigt; en effet, il y a perte des tendons fléchisseurs, et les articulations phalangiennes se sont ankylosées. Le doigt reste étendu par l'action des extenseurs qui ne sont plus contre-balancés par les fléchisseurs, ou bien il reste à demi fléchi à cause de la cicatrice bridée de sa face antérieure. Quant aux affections qui peuvent survenir pendant le cours de la troisième espèce de panaris, on les traitera par des moyens qui leur sont propres: ainsi la phlébite, l'angioleucite, par les saignées, les sangsues, les bains locaux, etc. Les abcès qui se développent autour du poignet, à l'avant-bras et au bras, devront être promptement ouverts. Lorsque l'inflammation s'est étendue aux synoviales des articulations des phalanges, et que ces petits os sont affectés de carie, on met en usage le traitement de la carie, notamment les bains alcalins dont on prolongera longtemps l'usage. Souvent cette dernière affection résiste à tous les moyens et nécessite le retranchement d'un doigt, qui d'ailleurs serait plutôt gênant qu'utile.

4° Dans la quatrième espèce de panaris, soit que l'on ait pratiqué une incision pour faciliter la sortie du pus, soit que cette sortie ait été naturelle, il convient de faire une exploration avec le stylet mousse: par ce moyen on reconnaîtra de suite l'isolement de la pha-

lange dont toutes les adhérences seront détruites, et dont il importe de faire l'extraction. Une chose qui doit étonner, et qui effectivement est remarquable, c'est que le doigt, après cette extraction, est très-peu déformé, et peut encore, malgré la perte de la phalange, exécuter des mouvements assez étendus.

III.

Des faits qui prouvent que l'afflux des sucs salivaires lors de la mastication n'est pas dû à la compression des glandes salivaires par les mouvements de la mâchoire.

L'école des mécaniciens, et en particulier Boerhaave, son chef, ont cherché à expliquer l'afflux salivaire qui a lieu lors de la mastication par la compression qu'exerce la mâchoire sur les glandes salivaires; la parotide surtout paraît, par sa position, se prêter à cette explication; placée, en effet, dans une cavité formée en avant par le bord postérieur de la mâchoire, en arrière par le conduit auditif et l'apophyse mastoïde, en haut par l'arcade zygomatique, il semblait rationnel de penser que la mâchoire ne peut se mouvoir sans que la glande ne soit exprimée et vidée.

Cependant, cette théorie n'a plus cours aujourd'hui dans les écoles, et depuis le beau travail de Bordeu sur l'organisation des glandes, elle a reçu un coup dont elle ne se relèvera jamais. La cause qui fait affluer la salive dans la bouche, nous la trouvons dans la structure même des glandes. Qui ne connaît les nombreux rameaux artériels et veineux qui entrent dans leur composition, les nombreuses ramifications nerveuses qui les sillonnent? A quoi bon cette richesse en artères et en nerfs, si la salive devait être exprimée comme à travers un crible, au moyen de la mâchoire? Et d'ailleurs, ne voit-on pas ce

produit de sécrétion s'écouler par petits jets dans la bouche à la simple vüe d'un mets fortement désiré? L'eau en vient à la bouche, dit-on communément ; d'un autre côté, ne voit-on pas la bouche rester sèche lorsque les mouvements de la mâchoire s'exercent sur des corps tout à fait insipides ? Qui ne sait que les sialagogues, les irritations des parties constituantes de la bouche, déterminent le ptyalisme? Or, pense-t-on que, pour expliquer ces diverses circonstances, il faille admettre la compression des glandes par la mâchoire? De plus, la presque totalité de la parotide est enchâssée en haut dans la cavité osseuse dont nous avons posé les limites au commencement de cet article ; cette portion est celle qui paraît le plus favorablement placée pour la compression, il n'en est rien pourtant, car, si on fait mouvoir la mâchoire inférieure en ouvrant la bouche, l'espace formé par les branches montantes de la mâchoire et par la base du crâne augmente, bien loin de diminuer. En effet, si sur un cadavre on enlève la parotide, le creux dans lequel la glande était contenue augmente pendant l'abaissement de la mâchoire ; que l'on place en effet le doigt dans ce creux, et on sentira qu'il est beaucoup plus à son aise lorsqu'on abaisse la mâchoire que lorsqu'on l'élève. C'est, du reste, un fait qui résulte du mécanisme de l'articulation temporo-maxillaire ; on sait que le condyle quitte la cavité glénoïde dans le mouvement d'abaissement pour se porter en avant sous la racine transverse de l'apophyse zygomatique. Il est, nous croyons, inutile de chercher à prouver que la glande est comprimée lorsque la mâchoire inférieure est élevée et appliquée contre la supérieure.

Quant à la partie de la glande qui répond en avant à l'angle de la mâchoire, et en arrière à l'apophyse mastoïde, on ne peut pas dire aussi qu'elle est comprimée, car il convient de remarquer que dans le mouvement d'abaissement pour rapprocher l'angle de la mâchoire de l'apophyse mastoïde, autant qu'il est nécessaire pour serrer la partie de la glande qui se trouve comprise entre ces deux parties osseuses, il faut ouvrir la bouche beaucoup plus qu'on ne le fait d'habitude. D'ailleurs, cette partie de la glande ne saurait être comprimée dans

cet espace, car elle se porte en haut, où elle trouve moins de résistance, puisque l'espace supérieur s'est élargi.

Voici une expérience empruntée à Bordeu (*Recherches anatomiques sur les glandes*) qui infirme l'opinion que nous combattons. Prenez une portion d'éponge de la grosseur et de la figure de la partie de la glande renfermée dans la cavité qui est derrière les condyles de la mâchoire ; imbibez-la d'eau, mettez-la à la place de la glande que vous avez enlevée, enfoncez-la bien dans le creux, et faites mouvoir la mâchoire : on croirait que l'éponge doit se vider si elle est comprimée, il devrait au moins sortir quelques gouttes d'eau. Or, il arrive que, pendant l'expérience, l'éponge ne se vide en aucune façon.

Autre fait. Cherchez vers le muscle buccinateur le conduit de Stenon : percez-le et injectez de l'eau dans la glande; elle grossit ; faites ensuite mouvoir la mâchoire inférieure, et il ne sortira pas une goutte d'eau par le conduit (Bordeu).

La théorie que nous combattons a donc été renversée avec raison : la seule part que les mouvements de la mâchoire paraissent prendre à l'afflux de la salive dans la bouche, c'est d'activer cet écoulement par les secousses qu'ils impriment aux conduits excréteurs des glandes salivaires ; là se borne leur action.

IV.

Donner les caractères botaniques de l'ordre des spermacocées, dans la famille des rubiacées; faire l'histoire des plantes de cette famille, dont les racines sont employées comme émétique.

Les spermacocées sont, en général, des plantes herbacées ou sous-frutescentes ; à feuilles opposées, très-rarement verticillées, accompagnées de deux stipules en forme de gaîne, ciliées, connées à leur

base, le plus souvent découpées sur leur bord, comme dans les genres spermacoce, richardsonia, ernodia, knoxia, etc.; simples, comme dans les genres putoria, plocama, macaonia, guillonia. Style simple, terminé par un stigmate bilamellé; quatre ou cinq étamines. Ovaire à deux, rarement à trois loges (richardsonia, plocama), contenant chacune un seul ovule, tantôt attaché à la cloison par sa face interne, tantôt dressé, tantôt pendant. Le fruit présente deux modifications principales: ou bien le péricarpe, parvenu à sa maturité complète, est mince et non charnu, à deux ou trois loges, se séparant de lui-même en autant de coques monospermes et très-souvent indéhiscentes; ou bien le péricarpe, parvenu à sa maturité complète, est mince et non charnu, et les loges qui le composent restent unies entre elles. Le fruit présente, dans quelques genres, des particularités qu'il est bon de noter: ainsi, dans les genres knoxia et macaonia, les deux coques, avant qu'elles se séparent, sont réunies sur un axe filiforme ou columelle centrale et persistante. Dans le genre metrocarpum, le fruit est une véritable pyxide, c'est-à-dire que la capsule à deux loges s'ouvre en deux valves superposées. Dans le genre staelia, le fruit forme une double pyxide, c'est-à-dire que chaque loge s'ouvre obliquement par une valve obliquement superposée. Les spermacocées sont des plantes intertropicales; il faut en excepter le putoria fœtidissima, qui croît dans les régions les plus méridionales de l'Europe.

Les plantes de la famille des rubiacées, dont la racine est employée comme émétique, croissent en abondance au Brésil. Les plus connues sont le cephælis ipécacuanha et le psychotria emetica. L'ordre des spermacocées en fournit un certain nombre: ainsi, le genre richardsonia donne le richardsonia brasiliensis, le richardsonia rosea; le genre spermacoce donne le spermacoce poaia, le spermacoce ferruginea. La propriété vomitive de ces plantes est due à ce que leurs racines contiennent une plus ou moins grande quantité d'émétine, alcali végétal découvert par M. Pelletier.

Cephælis ipecacuanha (1).

Calicocça ipec. (Brotero), cephælis ipec. (Richard); nom vulgaire au Brésil, *poaia*, *poaia da botica*.

Marc Grave et Pison furent les premiers qui firent connaître à l'Europe l'ipécacuanha et ses propriétés; ils le rapportèrent à une plante qu'ils appelèrent cephælis ipecacuanha; mais leur description étant incomplète, on ne sut pas pendant longtemps à quel végétal ce médicament devait être rapporté d'une manière certaine. Ce ne fut qu'en 1800 que le doute fut dissipé par une bonne description que Gomès et Brotero donnèrent de la plante qui, au Brésil, fournit le véritable ipécacuanha. M. Coïmbre et le docteur Brotero voulurent lui donner le nom de calicocca; mais M. Richard, dans son travail sur l'ipécacuanha, préfère lui donner celui de cephælis ipecacuanha, qu'elle avait primitivement.

Description botanique.—Souche horizontale grosse comme une plume de corbeau, donnant naissance à des racines fibreuses, capillaires, ou sous forme de tubercules allongés, marqués horizontalement d'anneaux assez épais et réguliers, blanches en dedans, d'un gris noirâtre à l'extérieur; leur centre est occupé par un axe ligneux, filiforme. La tige, d'abord souterraine, s'élève à un pied du sol, simple, obscurément quadrangulaire, légèrement pubescente dans sa partie supérieure, quelquefois un peu contournée, arrondie à la base, ne portant de feuilles qu'à la partie supérieure. Ces feuilles sont au nombre de six à huit, opposées, brièvement pétiolées; deux stipules opposées, réunies à leur base, pubescentes, découpées supérieurement en cinq ou

---

(1) Le mot ipécacuanha est un mot indien composé de *ipe*, écorce, *ca*, plante, *cua*, odorante, *nha*, rayée : écorce de plante odorante et rayée (*Pl. us. bras.*, Aug. Saint-Hil.).

six lanières étroites, interposées aux feuilles. Petites fleurs blanches, formant un capitule terminal, environné à sa base par un involucre formé de quatre folioles pubescents; calice adhérent, à cinq dents; corolle infundibuliforme; son tube est cylindrique, quintifide; cinq étamines attachées au tube; style simple, terminé par deux stigmates linéaires divergents; nectaire épigyne, cylindrique, très-visible, percé d'un trou pour le passage du style, auquel il n'adhère pas. Le fruit est une nuculaine ovoïde, renfermant deux nucules blanchâtres.

Cet arbuste abonde dans les îles de Parahyba et sur le bord des rivières Rio-Xipoto et Pimba; il croît aussi dans les forêts des provinces de Fernambouc, de Rio-de-Janeiro. Sa racine constitue l'ipécacuanha annelé, que l'on désigne encore sous le nom de brun, gris brun, gris rouge. Les racines de l'ipécacuanha annelé sont de la grosseur d'une plume à écrire, irrégulièrement contournées et coudées, annelées; cassure brunâtre et résineuse; saveur amère, un peu âcre; odeur faible, nauséabonde. L'écorce contient plus d'émétine que le meditullium.

Psychotria emetica.

Le psychotria emetica fournit l'ipécacuanha strié, noir, du commerce; il naît au Pérou et dans la Nouvelle-Grenade : sa racine contient moitié moins d'émétine que l'espèce précédente.

Description botanique. — Petit arbuste offrant le même aspect que le précédent. La racine est une souche presque horizontale, cylindrique, de la grosseur du petit doigt, étranglée de distance en distance. Tige dressée, longue de 12 à 18 pouces, simple, cylindrique. Feuilles opposées, aiguës, constamment pétiolées; deux stipules étroites, interposées aux feuilles. Fleurs en grappes axillaires et bifurquées; calice adhérent; limbe, cinq divisions, ovules oblongues; corolle infundibuliforme, à cinq divisions; cinq étamines incluses, et attachées au tube; nuculaire, ovoïde, bleuâtre, renfer-

mant deux nucules. Les racines que cette plante fournit au commerce sont moins estimées que celles du cephælis : elles en diffèrent en ce qu'elles sont peu contournées, qu'elles offrent de distance en distance des espèces d'étranglements éloignés les uns des autres. Épiderme formant des stries longitudinales; cassure brune noirâtre, peu résineuse; odeur presque nulle; saveur fade, un peu âcre.

Richardsonia brasiliensis.

Cette espèce, décrite sous le nom de richardsonia brasiliensis par Bern.-Ant. Gomès (*Mem. sobr. el ipec.*, t. 2, p. 31), est décrite sous le nom de richardsonia scabra par Aug. de Saint-Hilaire (*Plant. us. bras.*, t. 8); sous celui d'ipécacuanha amylacé ou blanc, par Mérat (*Dict. de méd.*, t. 26, p. 13). Elle est connue au Brésil sous les noms de poaia branca, ipecacuanha branca; fournit l'ipécacuanha blanc du commerce, lequel contient peu d'émétine. Cette plante est commune dans la province de Rio-de-Janeiro; nommée poaia do campo, parce qu'elle ne croît point dans les forêts vierges, mais seulement dans les endroits où elles ont été détruites, et dans les espèces de terrains trop sablonneux pour avoir jamais produit de grands arbres.

Description botanique. — Racine tantôt presque horizontale, tantôt à peu près verticale, longue de un à sept pouces, un peu moins grosse qu'une plume à écrire, simple ou rameuse, souvent recourbée, avec ou sans anneaux; sa couleur, d'abord blanche, devient cendrée par la dessication; saveur un peu douceâtre. Tiges assez nombreuses, longues de 5 à 8 pouces environ, étalées sur la terre, rameuses, carrées, hérissées de poils blancs un peu rudes; entre-nœuds de un à deux pouces. Feuilles opposées, pétiolées, ovales, ou ovales lancéolées, plus rarement oblongues, décurrentes sur le pétiole, à peine aiguës, entières, et peu charnues, recouvertes de poils couchés, courts, durs; pétioles longs de 2 ou 3 lignes, portant des poils analogues aux précédents; stipules intermédiaires, adhérentes aux

pétioles, divisées en lanières sétacées et écartées. Fleurs terminales, réunies en tête, avec involucre à deux ou à six folioles, ordinairement sessiles, et rudes au toucher; il existe quelquefois des verticilles de fleurs aux entre-nœuds supérieurs; réceptacle nu; calice adhérent, obové, pyramidal, trigone ou tétragone, dont le tube est garni de poils courts, couchés, rudes; son limbe est à cinq ou six divisions semi-ovales, aiguës, souvent un peu inégales, hérissées de quelques poils au sommet seulement; cinq ou six étamines insérées au sommet du tube de la corolle, et entre ses divisions, qu'elles dépassent; anthères attachées sur le filet, à la moitié de leur dos, s'ouvrant longitudinalement; style sortant, à trois divisions fort courtes; trois stigmates en tête, oblongues; nectaire épigyne, court, annulaire, entourant la base du style sans y adhérer; ovaire adhérent, triloculaire, à loges monospermes; ovules ascendants, attachés à l'angle interne des loges, sans placenta particulier. Fruit capsulaire, se séparant par le milieu des cloisons en trois coques indéhiscentes, en cœur renversé, convexes à l'extérieur, concaves à la face interne, qui est relevée d'un côté, à son milieu. Semence à peine adhérente à la coque, entièrement conforme à elle, aplatie, un peu arquée; tégument propre, membraneux; ombilic placé à la face de la semence, et correspondant au tiers inférieur de l'axe; périsperme corné, charnu; embryon un peu arqué, comme la semence, et placé dans l'axe du périsperme; cotylédons planes, orbiculaires, elliptiques, beaucoup plus courts que la radicule; radicule cylindrique, aboutissant presque au bord inférieur de la semence.

Richardsonia rosea.

Ainsi nommée par M. Aug. de Saint-Hilaire, le professeur Martins lui a donné le nom de *richardia emetica;* les Brésiliens la connaissent sous le nom de *poaia do campo.* Cette plante est commune dans les parties élevées et découvertes des Comarcas de S.-Joao-del-Rey et Villa-Rica. Sa racine doit contenir une forte proportion d'émétine,

puisqu'on en obtient les mêmes résultats que de l'ipécacuanha anneli à des doses moins considérables.

Description botanique. — Racine tortueuse, de la grosseur d'un tuyau de plume, garnie de fibrilles capillaires, blanche au centre, d'un noir violet à l'extérieur. Tiges étalées sur la terre, longues de 1 pied à 1 pied et ½, très-rameuses carrées; poils de la tige, des rameaux, des pétioles et des stipules, longs, blancs et assez mous. Entre-nœuds longs de 2 pouces et ½; feuilles opposées, non sessiles, irrégulièrement ovales, rudes au toucher, principalement sur les bords; pétioles longs de 5 à 6 lignes, canaliculés en dessus, hérissés. Stipules intermédiaires adhérents au pétiole des deux feuilles voisines, divisées au de là de la moitié en lanières sétacées, écartées; fleurs terminales en tête, avec involucre à deux ou quatre folioles, sessiles; il arrive quelquefois qu'à l'entre-nœud immédiatement inférieur, il y a aussi un verticille de fleurs également accompagnées d'un involucre à quatre folioles. Calice adhérent, trigone, dont le tube est garni de poils, dont le limbe est de cinq ou sept divisions; corolle infundibuliforme rose, quinti ou septifide, à divisions étalées en étoiles, lancéolées aiguës, hérissées en dehors de poils épais. Cinq à sept étamines insérées au sommet du tube de la corolle, entre les divisions du limbe; anthères linéaires attachées horizontalement au filet à moitié de leur dos; trois stigmates en tête; nectaire comme pour le R. brasiliensis; ovaires adhérents, triloculaires, à loges monospermes; ovules ascendants, attachés à l'angle interne des loges, sans placenta particulier; fruit analogue à celui du R. brasiliensis; semence adhérente à la coque; tégument propre, membraneux, roussâtre; ombilic placé au-dessous de la face de la semence; périsperme, embryon, cotylédons et radicule, comme pour l'espèce précédente.

Spermacoce poaia.

(Aug. de Saint-Hil., loc. cit., t. 12; nom vulgaire au Brésil, *poaia do campo.*)

Cette plante est commune dans les pâturages naturels et élevés de la province des Mines, fleurit de décembre en avril; l'action émétique de sa racine paraît être à peu près la même que celle de l'ipécacuanha anneli; au reste, son usage est restreint aux lieux où elle fleurit.

Description botanique. — Plante glabre dans toutes ses parties; racine blanche un peu plus grosse qu'une plume de corbeau, d'un goût peu agréable; tige herbacée, mais dure, de 8 à 14 pouces, droite ou contournée, simple, quadrangulaire, ordinairement d'un vert jaunâtre; feuilles opposées, sessiles, oblongues, elliptiques, obtuses à la base, aiguës au sommet, d'un vert jaune ou rouge; goût des feuilles d'abord très-doux, puis acide; stipules intermédiaires divisées en lanières sétacées; fleurs en tête terminales verticillées à l'aisselle des feuilles supérieures; tête de fleurs terminales accompagnées de deux à six feuilles ovales aiguës, bien plus petites que celles de la tige; bractées fort petites, inégales, linéaires ou laciniées, à peu près membraneuses, placées entre les fleurs. Calice adhérent, turbiné, aplati, quadrifide, couleur lie de vin, à divisions profondes, oblongues, aiguës, à peu près inégales; corolle infundibuliforme, quadrifide, d'un bleu céleste, à divisions semi-lancéolées, chargées de poils aplatis, excepté à leur sommet. Quatre étamines sortantes, insérées au sommet du tube de la corolle et entre ses divisions, filets courts; anthères bilobées, attachées aux filets vers le tiers inférieur de leur dos, à deux loges s'ouvrant longitudinalement. Nectaire comme dans les plantes précédentes, style bifide à divisions contournées en dehors, deux stigmates; ovaire adhérent à deux loges monospermes, ovules elliptiques, à peu près ascendants, attachés à un placenta linéaire,

s'incrustant dans une cavité occupant toute la longueur des loges. Fruit capsulaire, se séparant en deux coques dont chacune, s'ouvrant au sommet du côté interne, forme une sorte de cornet.

Spermacoce ferruginea.

(Aug. de Saint-Hil., loc. cit., t. 13; nom vulgaire au Brésil, *poaia da praia.*)

Le spermacoce ferruginea fleurit toute l'année, se rencontre dans les pâturages des provinces des Mines et de Saint-Paul. Ce que nous avons dit de l'action émétique de spermacoce poaia s'applique au S. ferruginea.

Description botanique. — Racine de la grosseur d'une plume de corbeau, d'un brun couleur de rouille, blanche en dedans, garnie de fibrilles capillaires; tiges hautes de 10 à 12 pouces, herbacées, mais dures, naissant le plus souvent plusieurs ensemble d'une souche commune, droites, simples ou rameuses, quadrigènes, pubescentes, couleur de rouille. Entre-nœuds supérieurs assez longs; feuilles opposées, peu pétiolées, prenant une couleur de rouille lorsqu'elles vieillissent, paraissant presque toujours verticillées, parce qu'il en naît de plus jeunes à leur aisselle; stipules à lanières sétacées, couleur de rouille. Fleurs très-nombreuses, en tête terminale, à l'aisselle des fleurs supérieures, feuilles florales au nombre de six à huit, inégales, formant une collerette au-dessous des têtes terminales; des collerettes semblables existent, le plus souvent, à la base des verticilles de fleurs divisées jusqu'à la base en lanières sétacées et roussâtres. Calice adhérent, quadrifide, dont le tube est glabre ou pubescent au sommet, à divisions linéaires, oblongues, aiguës, ciliées, souvent mêlées de rouge et de vert, quelquefois violettes; corolle infundibuliforme, quadrifide, arquée, blanche, rose ou violette, à divisions semi-lancéolées, aiguës. Les étamines insérées entre les divisions de la corolle, sortantes. Anthères linéaires, bleues, bifides

à leur base, attachées à peu près par le milieu du dos, mobiles, biloculaires, s'ouvrant longitudinalement ; style glabre, indivis, stigmate terminal en tête. Capsule ovoïde, comprimée, marquée d'un sillon sur les deux faces, couronnée par les divisions du calice, biloculaire, bi-sperme, s'ouvrant par le milieu de la cloison en deux valves bifides ; semence libre, oblongue, convexe au dos, creusée à la face d'un sillon longitudinal semblable à un grain de blé par sa forme, striée transversalement, d'un brun foncé. Tégument propre, membraneux ; ombilic dans le sillon de la graine ; périsperme charnu, coriace ; embryon placé dans le périsperme, presque droit, parallèle au sillon de la graine ; radicule inférieure beaucoup plus longue que les cotylédons ; cotylédons étroits, lancéolés.

Nous ne ferons que citer le *Manettia cordifolia*, rubiacée brésilienne dont la racine est également employée comme émétique et purgative, et qui est décrite par le professeur Martins, dans son *Specimen materia medicæ brasiliensis* (t. 7, p. 19).